

L'expulsion d'une caduque constitue-t-elle une indication opératoire de la grossesse extra-utérine ?

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raïna Koumanova
de Sofia (Bulgarie)

GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1927

L'expulsion d'une caduque
constitue-t-elle une indication opératoire de la
grossesse extra-utérine ?

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raïna Koumanova

de Sofia (Bulgarie)



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1927

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Prof. O. BEUTTNER, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 15 Décembre 1927.

Le Doyen :

Dr M. ROCH.

A ma chère amie

M^{lle} Florence L. Pond

Nous tenons à exprimer notre respectueuse reconnaissance à M. le Professeur BEUTTNER pour la bienveillance qu'il nous a témoigné au cours de notre travail.

Nous remercions aussi cordialement M. le Dr CHATILLON, Médecin-Adjoint, pour son aide très précieuse et ses conseils.

INTROCUCTION

La valeur de l'expulsion d'une caduque pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine a été jusqu'ici appréciée de façons fort différentes.

POUR FRAENKEL (1) la formation d'une caduque dans un utérus et son élimination constitue un fait constant. KERMAUNER (2) n'est pas de cet avis et la très grande majorité des auteurs (LÉOPOLD (3), MURET (4), SPÆTH (5), etc.). Pour MURET en particulier, au point de vue du diagnostic de la grossesse tubaire dans les premiers mois, la caduque utérine n'a qu'une valeur très restreinte, car son expulsion ne se fait souvent qu'après l'intervention opératoire, en outre, cette caduque peut être expulsée sous forme de petits fragments pouvant échapper à l'opérateur.

THÉLIN (6) remarque qu'il faut tenir compte surtout de la caduque « vue par le médecin ». Mais nos deux observations prouvent que la garantie n'est pas meilleure et que dans ces deux cas la caduque a été vue à la Clinique, examinée, cependant qu'à l'opération on ne constatait pas de grossesse extra utérine.

On ne saurait pourtant nier que l'expulsion d'une caduque présente un grand intérêt et que les cas où l'opération donne un résultat négatif doivent être extrêmement rares. La pensée de VEIT (7) paraît bien représenter celle se rapprochant le plus de la vérité et de la majorité des gynécologues quand il écrit : *« L'expulsion d'une caduque formant une membrane entière constitue un signe important qui parle avec une grande vraisemblance pour la présence d'une grossesse extra-utérine ou pour la mort du fœtus développé en dehors de l'utérus ».*

Nous allons exposer en détail deux cas du Service du Professeur BEUTTNER où la malade présentait tous les signes de grossesse ectopique avec expulsion de caduque examinée au laboratoire de la Clinique et où à l'opération on ne trouva aucune grossesse,

Ces deux cas furent décrits par le Dr HENNEBERG (8), en posant le problème ainsi : « *L'expulsion d'une caduque est-elle une indication opératoire dans une grossesse extra-utérine ?* »

Pour KÆNIG (9), lorsqu'on ne sent rien au toucher, il ne faut pas opérer, mais attendre.

WÆGELI (10) dit : L'expulsion d'une caduque ne suffit pas et lorsque tous les autres symptômes cliniques font défaut, en particulier lorsqu'il n'existe point d'augmentation de volume des annexes et point d'épanchement dans le Douglas, on ne doit point faire de laparatomie pour la seule raison que la malade a expulsé une caduque. THÉLIN (11) fut également de cet avis ; il préfère s'abstenir si l'on ne trouve pas quelque chose sur un des côtés de l'utérus.

AUBERT (12) pense qu'on peut arriver à préciser le diagnostic par les symptômes cliniques : si ceux-ci sont peu nets et imprécis, il vaut mieux attendre. Le diagnostic peut en outre être facilité par une ponction exploratrice du Douglas.

Ire Observation — No 139, 1925.

Anamnèse : Madame M. P., 37 ans, ménagère.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Opérée en 1914 pour une appendicite au 3^{me} mois d'une grossesse.

Réglée à l'âge de 13 ans, ses règles sont régulières abondantes, durant 6 jours. Depuis deux années elle ressent des douleurs pendant ses règles dans le bas-ventre, spécialement à droite. Elle a eu deux accouchements normaux en 1913 et 1913 avec enfants vivants.

Les dernières règles remontent au 6 mars 1925. Au mois d'avril suivant elle n'a pas de perte de sang, mais depuis le premier mois, elle ressent des douleurs assez fortes dans le genre de celles qu'elle avait eu en 1914 lors de son appendicite, mais cependant localisées plus bas.

Le 16 avril, elle consulte un médecin qui lui donne des calmants. Mais malgré ces médicaments elle souffre de plus en plus les jours suivants surtout les 17 et 18 avril. Ces douleurs lui paraissent semblables aux douleurs pour accoucher, et devenant de plus en plus intolérables, elle se met au lit.

Le 20 avril, comme elle était un peu mieux, elle va retrouver son médecin, qui lui recommande d'entrer à la Clinique Gynécologique pour annexite ou grossesse extra-utérine. A cette même date du 20 avril elle commence à perdre un peu de sang. A l'entrée dans le service la malade n'a pas de température.

Status d'entrée : On constate un utérus un peu augmenté de volume avec un empatement de deux culs-de sac, surtout à droite. Le Douglas est libre mais un peu sensible. La malade est mise en observation et suit un traitement de diathermie, tampons et injections chaudes, car on pense qu'il s'agit sans doute d'annexite bilatérale.

Le 15 mai, la malade n'ayant plus aucune douleur, sort du service avec le status suivant : Utérus bien placé, un peu

augmenté de volume, de consistance dure, légèrement dextroposé et incliné vers le gauche.

A gauche on sent un ovaire un peu prolabé et à droite les annexes un peu augmentées de volume, un peu prolabés et sensibles. Le Douglas est libre et indolore.

Rentrée chez elle le 16 mai, elle se met à perdre du sang dès le lendemain. Ces pertes tout d'abord légères, deviennent de plus en plus fortes, mais toujours sans aucune douleur. Elle rentre à la Clinique Gynécologique le 19 mai et perd dans le corridor un gros caillot de sang contenant une membrane qui est remise au laboratoire pour examen.

Au toucher le col est dur, perméable pour la pulpe de doigt; le corps est toujours un peu augmenté de volume, de consistance dure. Le status est en résumé semblable à celui de sa sortie du service fait le 15 mai.

Le soir du 19 mai à 21 heures, elle ressent des douleurs assez vives dans le ventre et expulse un second caillot ressemblant macroscopiquement à celui expulsé à 16 heures. La perte de sang est peu abondante.

Le 22 mai même status. Toutefois les annexes gauches paraissent plus augmentées de volume. L'examen microscopique des caillots expulsés a démontré qu'il s'agissait d'une caduque utérine sans villosités avec des phénomènes inflammatoires.

Le 29 mai la malade présente toujours le même status, et le 31 mai, étant donné l'anamnèse, le status et l'expulsion d'une caduque, on se décide d'opérer la malade le 1^{er} juin.

Intervention chirurgicale: Laparotomie transversale. L'abdomen ouvert on constate que l'utérus est en antéflexion un peu augmenté de volume. L'ovaire gauche est sclérokystique et la trompe du même côté normale. De même pour les annexes droites. On pratique une résection partielle cunéiforme des deux ovaires et on suture la tranche au catgut.

La vérification du petit bassin permet de constater que partout le péritoine est intact. Suites post-opératoires très

simples, la malade s'est levée le 10^{me} jour et quitte la Clinique le 15^{me} jour.

L'examen microscopique des parties réséquées des ovaires dénote une ovarite microkystique avec légère sclérose superficielle.

II^{me} Observation — No 333, 1925.

Anamnèse : Madame E. K., ménagère, 31 ans. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Elle-même prétend n'avoir jamais été malade. L'instauration des règles remonte à l'âge de 14 ans. Elles ont une durée habituelle de 5 jours, régulièrement toutes les trois semaines et sont abondantes.

Mariée depuis 5 ans, elle a eu un avortement il y a 4 ans dans les premiers mois. Les dernières règles qui ont été normales, remontent au 2 septembre 1925. Les règles suivantes qui auraient dû revenir après 3 semaines, ne sont pas apparues. Ce n'est que le 18 octobre qu'elle a une petite indigestion sans importance.

Le 19 octobre elle commence tout d'un coup à perdre du sang qui lui paraît plus rouge et plus copieux que d'habitude. Elle appelle un médecin (Dr Mollow, Chef du laboratoire de la Clinique Gynécologique) qui retire du vagin des débris. L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'une caduque utérine sans villosités. Il envoie la malade aussitôt à la Clinique Gynécologique le 23 octobre.

Status : L'examen d'entrée permet de constater un col de primipare en position normale, le corps en antéflexion, non augmenté de volume. Dans la région de l'isthme utérin du côté gauche on trouve une petite tumeur de la grosseur d'un poing, mobile à la face antérieure de l'utérus.

La corne utérine droite paraît un peu épaissie. Les paramètres sont libres.

Huit jours après son entrée dans le service on se décide d'intervenir craignant une grossesse extra-utérine, voire peut-être même interstitielle. La malade est opérée le 30 octobre.

Intervention chirurgicale: Laparotomie transversale. L'abdomen ouvert on constate que l'utérus est en position normale et de volume normal avec un petit myome, gros comme un pois, sur sa face antérieure. On ne constate nulle part de grossesse ectopique. L'ovaire gauche est sclérókystique. On y pratique une résection cunéiforme dont on suture la tranche au catgut. La région de la corne utérine droite est épaissie, et comme il pourrait s'agir d'une grossesse interstitielle au début, on pratique une résection de cette corne. A part cela, les trompes sont normales. La tranche utérine est suturée au catgut. On vérifie ensuite le péritoine du bassin pour voir si un œuf y serait peut-être implanté. Mais le péritoine est lisse partout. L'examen microscopique de la corne utérine enlevée ne montre aucune trace de grossesse. L'examen de la partie réséquée de l'ovaire gauche démontre un *kyste lutéinique*. Suites opératoires simples. La malade se lève le 11^{me} jour et quitte la Clinique le 15^{me} jour parfaitement guérie.

Ajoutons que le 14 août 1927, elle a accouché dans notre service à terme d'un enfant de 52 cm. et pesant 3,200 gr. (Observation obstétricale N° 506, 1927).

DISCUSSION

Comment peut-on tenter d'expliquer le syndrome constaté dans nos deux cas, syndrome donnant le tableau typique de la grossesse extra-utérine avec menace d'avortement ou de rupture tubaire?

Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées avec une certaine vraisemblance :

1^o *Caducue expulsée par suite d'une grossesse extra-utérine*. C'est ainsi qu'on a envisagé la chose et qu'on a opéré nos deux malades (soit la cause habituelle d'expulsion d'une caducue).

2^o *Dysménorrhée membraneuse (Decidua menstruationis)*. Il arrive parfois, comme on le sait, que toute la muqueuse utérine est expulsée à l'époque de la menstruation en un seul bloc. Cette expulsion est le plus souvent accompagnée de contractions utérines ressemblant à de douleurs d'avortement ou d'accouchement. Disons de suite que l'anamnèse permet le plus souvent dans ces cas de s'orienter, car la menstruation s'est toujours effectuée selon le type habituel de la malade et que l'expulsion d'une caducue menstruelle n'est en général pas un fait unique, mais qu'à plusieurs reprises la chose est arrivée. Dans la grossesse extra-utérine, au contraire, l'expulsion d'une caducue est un fait unique chez la malade. Le diagnostic peut devenir évidemment très difficile, si la malade expulsant habituellement une caducue menstruelle, devient par surcroît porteuse d'une grossesse ectopique.

On a pensé que l'examen microscopique pourrait permettre de trancher la question de savoir si la caducue expulsée était une membrane d'origine menstruelle ou si elle était causée par la présence d'une grossesse extra-utérine. La caducue menstruelle est, en général, macroscopiquement

beaucoup moins épaisse et développée que la caduque se formant dans l'utérus en cas de grossesse ectopique. Le plus souvent cette dernière forme un sac correspondant à l'augmentation manifeste de volume de l'utérus. Microscopiquement la caduque menstruelle représente la structure de la muqueuse utérine à l'époque de son expulsion dans le cycle menstruel.

D'autre part, la structure de la caduque en cas de grossesse extra-utérine a été fort bien étudiée par LANGHANS (13) qui a pu constater qu'habituellement elle est de même constitution anatomique que celle qui se forme au début d'une grossesse intra-utérine. En outre, la caduque peut être expulsée en entier ou en petits fragments. Quand elle est expulsée en entier, son examen peut donner quelques résultats appréciables. L'ouverture du sac et son inspection permettent de s'assurer qu'il ne s'agit point d'un œuf très précoc. Signalons encore que GOTTSCHALK (14) a observé dans les tous premiers débuts de la grossesse extra-utérine que la caduque expulsée ne présentait encore aucune modification déciduale, point très important pour le diagnostic différentiel.

3^o La *troisième* hypothèse permet de penser qu'il peut s'agir de *l'expulsion d'un œuf intra-utérine très précoc avec un embryon histolysé*. L'examen de la membrane expulsée permet, à de très rares exceptions près, d'élucider la question, et celui du sac, s'il est complet, ressemble souvent à un œuf très jeune. Le sac en cas de grossesse ectopique est vide. Dans le second cas on constate la présence d'un œuf très jeune, ou s'il a disparu les restes des membranes ovulaires.

4^o Dans une *quatrième* hypothèse on peut envisager *l'existence d'une grossesse extra-utérine extrêmement jeune arrêtée dans son développement (histolyse de l'embryon) avec expulsion d'une caduque ou l'expulsion de l'œuf très jeune dans la cavité abdominale*. La décidue est en général le plus souvent expulsée après la mort du fœtus, mais cela

n'est point absolu, et il est très fréquent, comme on le sait, que dans des cas manifestes de grossesse extra-utérine, on ne constate aucune élimination de caduque. Seul l'examen microscopique des trompes permettrait dans certains cas de retrouver des débris ovulaires.

Mais il faut se rappeler que la transformation déciduale de la muqueuse utérine peut manquer en cas de grossesse ectopique. MARTIN, (15) en effet, avait pu constater que dans cinq cas opérés on avait trouvé des restes ovulaires dans les trompes alors que l'examen du produit du curettage explorateur de l'utérus, pratiqué avant l'opération, n'avait démontré aucune transformation déciduale.

Un examen négatif du curettage utérin n'infirme nullement la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Ajoutons encore que la caduque peut n'être expulsée qu'après l'intervention opératoire, généralement dans les 24 à 48 heures. D'après SITTNER (16) l'expulsion d'une caduque n'aurait lieu que dans 70 % des cas au total, et quand le fœtus serait mort, cette expulsion se ferait dans 108 cas sur 150.

Dans quel groupe placer nos deux cas ?

Dans notre *première observation* on peut remarquer que la malade a présenté tous les symptômes cliniques de la grossesse extra-utérine. Nous notons, en effet, après un retard de règles, l'apparition de douleurs accompagnées de perte de sang. On constate que les annexes sont augmentées de volume du côté gauche et par surcroît la malade expulse une caduque. L'indication opératoire se basant sur un diagnostic clair de grossesse extra-utérine était nette. Mais à l'opération on ne constatait rien. Il ne s'agit en tout cas pas de dysménorrhée membraneuse, l'anamnèse permettant d'éliminer cette hypothèse.

S'agit-il de la *quatrième* hypothèse : *grossesse extra-utérine tout à fait au début, arrêtée dans son développement*

ou œuf très jeune expulsé dans la cavité abdominale ? Seul l'examen microscopique des trompes permettrait peut-être d'élucider la question.

Ajoutons cependant que les trompes ne présentaient aucune modification macroscopique constatable. *Il s'agit très vraisemblablement de l'expulsion d'une caduque provenant d'un œuf très jeune intra-utérine et dont l'embryon histolysé a disparu.* La caduque retenue dans l'utérus a pu subir une infection et cela expliquerait les phénomènes inflammatoires constatés au microscope.

Dans notre *seconde observation* on peut exclure la dysménorrhée membraneuse, jamais la malade n'a expulsé des membranes à l'époque de ses périodes. Toutes les autres hypothèses sont vraisemblables. L'anamnèse, la marche clinique de l'affection, l'examen de la caduque, tout tendait à démontrer qu'on se trouvait également en présence d'une grossesse ectopique. Là encore l'opération ne permit pas de retrouver traces de grossesse extra-utérine.

* * *

Nos deux observations démontrent que la valeur de l'expulsion d'une caduque tout en conservant un grand intérêt, dans la plupart des cas peut néanmoins, dans des cas rares il est vrai, engager le chirurgien à pratiquer une intervention inutile. Cependant ajoutons que l'expulsion d'une caduque ne justifie pas à elle seule une intervention et qu'il est nécessaire que l'anamnèse et les symptômes cliniques présentent le tableau classique plus ou moins complet de la grossesse ectopique.

Tel fut le cas de nos deux observations, l'intervention était justifiée par toute l'histoire clinique et spécialement la constatation d'une résistance d'un côté de l'utérus.

CONCLUSIONS

L'expulsion d'une caduque constitue un symptôme de première importance dans le tableau clinique de la grossesse ectopique. Toutefois elle ne saurait constituer d'elle seule un symptôme pathognomonique.

L'expulsion d'une caduque acquiert une réelle valeur diagnostique se elle est accompagnée d'autres signes permettant d'envisager la possibilité d'une grossesse.

Prise comme unique symptôme, elle ne peut justifier une intervention opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. FRAENKEL — Zur Diagnostic und operativen Behandlung der Tubärschwangerschaft. *Arch. f. Gyn.* 1879, Bd. 14, S. 197.
Id. Diagnose und operative Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Sammlung Klinischer Vorträge, N° 217.
2. F. KERMAUNER — Beiträge für Anatomie der Tubenschwangerschaft. Berlin 1904 (cité par THÉLIN (N° 6) p. 61).
3. G. LÉOPOLD — Die Aussichten der abwartenden Behandlung bei Tubarem Abort und bei Spontanruptur extrauteriner Fruchtsäcke. Diskussion zum Vortrage MEINERT. *Centr. Bl. f. Gyn.* N° 1897, S. 171.
4. M. MURET — Diagnostic différentiel de la grossesse utérine, de la grossesse ectopique et de quelques tumeurs abdominales. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, p. 947.
5. F. SPÆTH — Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.* 1888, Bd. XVI, S. 268.
6. Ch. THÉLIN — Du Diagnostic de la grossesse extra-utérine. (Thèse de Lausanne 1908, p. 61) et *Gyn. Helv.* IX, p. 263, 1909.
7. J. VEIT — Die Extrauterinschwangerschaft. (Döderlein : Handbuch der Geburtshilfe, II. Bd., p. 406 et 407. Bergmann, Wiesbaden 1916.
8. H. HENNEBERG — L'expulsion d'une caduque est-elle une indication opératoire dans une grossesse extra-utérine ? Soc. d'Obst. et de Gyn. de la Suisse Romande. 10. IX. 1925, p. 534-536, N° 34 ; et *Schweiz. Med. Wochensch.* 30.X.1926, p. 1059, N° 43.

9. R. KÆNIG
10. Ch. WÆGELI
11. Ch. THÉLIN
12. L. AUBERT
- } Discussion de la Communication de
M. Henneberg. (Loc. cit. p. 535–
536.)
13. Th. LANGHANS et CONRAD — Tubenschwangerschaft.
Ueberwanderung des Eies. *Arch. f. Gyn.* Bd. IX.,
S. 337, 1876.
14. S. GOTTSCHALK — Cité par R. Werth: Die Extrauterin-
schwangerschaft. (V. Winckel: Handbuch der Geburts-
hilfe, II. Bd., II. Teil, S. 888. Verlag Bergmann, Wies-
baden, 1904.)
15. A. MARTIN — Cité par R. Werth: Die Extrauterin-
schwangerschaft. (V. Winckel: Handbuch der Geburts-
hilfe, II. Bd., II. Teil, p. 886. Verlag Bergmann,
Wiesbaden, 1904.)
16. A. SITTNER — Diagnostische Verfehlungen auf dem
Gebiete der Extrauterin gravidität. *Deutsche Med.*
Wochensch. N° 41–42–43, 1903.
-

